

Den sosiale rekrutteringen til medisinstudiet

Published in Tidsskrift for Den norske Lægeforening 2005 (125): 2213 - 2215

Marianne Nordli Hansen, Universitetet i Oslo

mnhansen@sosiologi.uio.no



**Department of Sociology and Human Geography
University of Oslo**

P.O.Box 1096 Blindern

N-0317 OSLO Norway

Telephone: + 47 22855257

Fax: + 47 22855253

Internet: <http://www.iss.uio.no>

Den sosiale rekrutteringen til medisinstudiet

Sammendrag

Bakgrunn. Har det skjedd endringer over tid i den sosiale rekrutteringen til medisinstudiet, og har endringer i opptakssystemet påvirket rekrutteringsmønsteret?

Materiale og metode. Data er hentet fra Nasjonal utdanningsdatabase, som omfatter opplysninger om hele befolkningens utdanning. Det beregnes andeler medisinstudenter som har gått på privatskole og andeler som har begynt på studier i andre fag i en 20-årsperiode. Beskrivelsen av utviklingen av sosial ulikhet over tid er basert på beregninger av andeler elever med oppnådd studiekompetanse med ulik sosial bakgrunn som begynner på medisin. Den sosiale rekrutteringen studeres også ved hjelp av logistisk regresjon.

Resultater. Andelen medisinstudenter med privatskole har avtatt etter at det i 1995 ble innført tre opptakskvoter, men den er fremdeles høy, spesielt ved Universitetet i Oslo. Andelen som tar annen høy utdanning forut for medisinstudiet har økt. Rekrutteringen til medisinstudiet er svært sosial skjev, og skjevheten er stabil over tid. Barn av leger har spesielt høy sannsynlighet for å studere medisin, også når man sammenlikner personer med like gode prestasjoner fra videregående skole.

Fortolkning. Tre mulige forklaringer på overhyppigheten av barn av leger på medisinstudiet tas opp: God økonomi, spesielt sterk interesse for faget og ønsket om å unngå sosial degradering.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Marianne Nordli Hansen

mnhansen@sosiologi.uio.no
Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi
Universitetet i Oslo
Postboks 1096 Blindern
0317 Oslo

Et hovedfunn innenfor utdanningssosiologi er at sosiale skjevheter i rekrutteringen til høyere utdanning er relativt stabile over tid, på tross av omfattende reformer i utdanningssystemet og flere studieplasser ved universiteter og høyskoler (1). Spørsmålet som reises her, gjelder den sosiale rekrutteringen til en liten del av det høyere utdanningssystemet – medisinstudiet. Rekrutteringen til dette studiet er sosialt sett svært skjev og preges av en sterk grad av egenrekruttering (2–4). Er dette et stabilt mønster eller har det skjedd endringer?

Dette spørsmålet er ikke minst interessant på grunn av endringer i opptakskriteriene. Et høyt karakternivå fra videregående skole har alltid vært en forutsetning for opptak. I tillegg har det vært mulig å komme inn på studiet gjennom å forbedre karakterene fra videregående skole, noe som ofte foregår på privatskoler, og/eller å få tilleggs-poeng gjennom å ta annen høyere utdanning. Hvor fordelaktige strategiene til forbedring av karakterer og poengsamling er, har variert noe over tid. Mulighetene til å forbedre vitnemålet ble strammet inn i 1995. Da ble et system med to opptaksgrupper, søkere med førstegangsvitnemål og søkere med tilleggs-poeng og forbedret vitnemål, erstattet med et system med tre opptaksgrupper. Gruppe a: Kun førstegangsvitnemål fra videregående skole. Gruppe b: Førstegangsvitnemål + tilleggs-poeng fra annen høyere utdanning eller relevant arbeidspraksis. Gruppe c: Forbedret vitnemål + tilleggs-poeng. I 2002 falt gruppe b bort. Har endringene i opptakssystemet påvirket den sosiale rekrutteringen til medisinstudiet?

Materiale og metode

For å besvare spørsmålet om utviklingen av ulikhet i rekrutteringen til medisin er det brukt data fra Nasjonal utdanningsdatabase, som administreres av Statistisk sentralbyrå og inneholder informasjon om hele befolkningens utdanning, også medisinstudentenes. De som studerer/studerte medisin i utlandet er ekskludert, da nøyaktige opplysninger kun finnes for deres tilleggs-utdanning fra Norge.

Det er gjort beregninger basert på tre utvalg fra dette datasettet. For det første kartlegges kanaler inn i medisinstudiet for alle som er registrert med påbegynte medisinstudier i perioden 1980–2003. En kanal er privatskole, hva enten dette er første gangs avsluttet videregående utdanning eller om man har gått på privatskole for å forbedre vitnemålet. Utbredelsen av poengsamling beregnes som andelen som har vært registrert ved andre fag på universitetsnivå enn medisin, forberedende prøver ikke medregnet.

Det andre utvalget består av alle som har oppnådd studiekompetanse fra videregående skole i årene 1980–2003. Andelen av disse som har begynt på medisin innen tre år, noe som omfatter cirka 75 % av medisinerstudentene, beregnes for personer med ulik sosial bakgrunn. Sosial bakgrunn er målt med den av foreldrene med høyest nivå det året man forlater grunnskolen. Det brukes en inndeling i fem kategorier: Grunnskole eller kort videregående utdanning, fullført videregående skole, lavere universitetsgrad, høyere universitetsgrad og til sist en kategori bestående av dem som har en eller to foreldre som er leger.

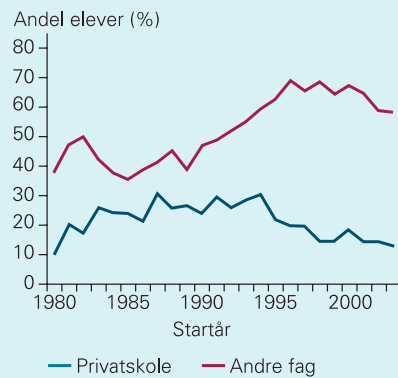
I et siste trinn av analysen reises spørsmålet om det at barn av leger har spesielt stor sannsynlighet for å studere medisin kan forklares ut fra karakterer, eller om de har større sannsynlighet for å begynne på studiet enn andre på samme karakternivå. Dette gjøres for et utvalg bestående av kullet som forlot videregående skole i 2002, da karakteropplysninger kun er tilgjengelig for de aller seneste årene. Gjennomsnittskarakter fra videregående skole inkluderes da i en logistisk regresjonsmodell for om man begynner på medisinstudiet innen ett år etter videregående skole. I denne modellen inkluderes også effekter av kjønn, foreldrenes utdanning og inntekt. Da foreldrenes inntekt er målt på ulike tidspunkter, er dette transformert til z-skårer, som finner



Hovedbudskap

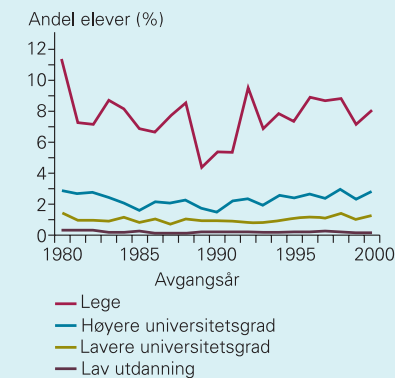
- Den sosiale rekrutteringen til medisinstudiet er stabil over tid, på tross av endringer i opptakssystemet
- Ved et gitt karakternivå er sannsynligheten for å begynne på medisinstudiet høyest hos barn av leger

Figur 1



Kanaler inn i medisinstudiet

Figur 2



Andeler avgangselevener som begynner på medisin innen tre år, etter sosial bakgrunn

den relative inntekten på måletidspunktet. Gjennomsnittsinntekten får verdien 0 og standardavviket verdien 1.

Resultater

Datamaterialet beskrives i tabell 1. Den første delen omfatter medisinstudentene,

de siste kolonnene andre som har oppnådd studiekompetanse i perioden 1980–2003. Medisinstudentene er lite representative for avgangselevener. For eksempel har 42 % av avgangselevener foreldre med mindre utdanning enn videregående skole. Dette er tilfellet for kun 14 % av medisinerstudentene.

Tabell 1 Beskrivelse av datamaterialet

	Medisinstudentene fra kullene 1980–2000		Andre med studiekompetanse 1980–2000	
	Antall	(%)	Antall	(%)
Kjønn				
Kvinne	4 054	(53,7)	356 162	(57,8)
Mann	3 491	(46,3)	259 713	(42,2)
Totalt	7 545	(100,0)	615 875	(100,0)
Foreldres utdanning				
Lavere enn videregående skole	1 013	(14,0)	251 838	(42,2)
Videregående skole	650	(9,0)	101 177	(16,9)
Lavere universitetsutdanning	2 625	(36,3)	171 946	(28,8)
Høyere universitetsutdanning	1 898	(26,2)	61 829	(10,3)
Lege	1 048	(14,5)	10 654	(1,8)
Totalt	7 234	(100,0)	597 444	(100,0)

Tabell 2 Effekter av foreldrenes utdanning og inntekt og karakter fra videregående skole på sannsynligheten for å studere medisin ett år etter avsluttet videregående skole. 2002-kullet (N = 20 823)

	Modell 1			Modell 2		
	B	Standard-feil	P-verdi	B	Standard-feil	P-verdi
Konstant	−5,806	0,215	0,000	−294,336	38,902	0,000
Kjønn (mann = 1)	−0,401	0,153	0,009	−0,272	0,17	0,110
Foreldres utdanning (referansekategori: ikke høyere enn videregående skole)						
Lavere universitetsgrad	1,321	0,238	0,000	0,381	0,258	0,140
Høyere universitetsgrad	1,943	0,26	0,000	0,214	0,28	0,445
Lege	3,307	0,298	0,000	1,709	0,346	0,000
Foreldrenes inntekt (z-skåre)	−0,041	0,076	0,591	−0,107	0,084	0,200
Gjennomsnittskarakter				103,348	14,337	0,000
Karakter kvadrert				−9,107	1,32	0,000

Kanaler inn i studiet

Figur 1 viser utviklingen over tid når det gjelder kanaler inn i studiet. Vi ser at det i hele perioden som studeres har vært uvanlig ikke å ha gått på privatskole eller ha begynt på annen høyere utdanning enn medisin. Betydningen av de forskjellige rekrutteringskanalene er imidlertid endret. Fra 1995, da opptakssystemet som begrenset anledningen til karakterforbedringer ble innført, sank andelen med privatskole og har avtatt ytterligere siden da. Andelen medisinstudentene som har vært registrert på andre fag, viser derimot en økende tendens – fra ca. 35 % i 1985 til nærmere 70 % fra midten av 1990-årene. I 2002, da opptaksgruppen med primært vitnemål og tilleggspoeng fra annen høyere utdanning falt bort, sank andelen med andre fag relativt kraftig, fra 70 % til i underkant av 60 %. Hovedtendensen i figur 1 er at den samlede byrden forbundet med å komme inn på medisin kan se ut til å være forholdsvis stabil, selv om den relative betydningen av de forskjellige rekrutteringskanaler er noe endret.

Bruken av privatskoler har i hele perioden vært mest utbredt blant dem som er kommet inn ved Universitetet i Oslo, og det er særlig privatskolen Bjørknes som er veien. Andelen medisinerstudenter med bakgrunn fra Bjørknes ved dette lærestedet utgjorde opp mot 40 % av alle begynnerstudentene i enkelte toppår på slutten av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene. Den gikk ned til 10–15 % i perioden 1996–2003.

Endringer i sosial rekruttering

Resultatene i figur 2 avdekker store sosiale forskjeller. I figuren er elever med foreldre med utdanning på videregående skoles nivå utelatt, da de i hovedsak er overlappende med elever med foreldre med lav utdanning. Barn av leger utgjør den største andelen medisinstudentene i hele perioden, barn av foreldre med lavere utdanning er den minste gruppen. Den er ingen tegn til utjevning i løpet av perioden. Det ser heller ikke ut til å være noen sammenheng mellom endringer i rekrutteringssystemet og nivået av sosial ulikhet. Mønsteret er forholdsvis likt for de eldste og de yngste kullene, selv om rekrutteringskanalene har endret seg betraktelig (fig 1). Det er også vanskelig å forklare de relativt lave andelen legebarn avgangskullene 1989–91 med endringer i rekrutteringskanalene. At det er stor grad av stabilitet i sosial ulikhet i rekrutteringen til medisinstudiet, støttes også av en rekke statistiske beregninger for å fange opp endringer (ikke vist her).

Rekruttering og karakterer

I tabell 2 beregnes effekter av sosial bakgrunn målt med foreldrenes utdanning og inntekt for avgangskullet i 2002. De to laveste kategoriene for utdanning er slått sammen. I modell 2 innføres karakter og karakter kvadrert, for å fange opp en

kurvilineær effekt. Siden koeffisientene for sosial bakgrunn avtar når karakterer innføres, tyder dette på at noe av ulikhetene i rekrutteringen til medisinstudiet kan tilbakeføres til karakterforskjeller. Det er ingen forskjeller etter foreldrenes utdanningsnivå, med unntak av legebarna. Effekten av å ha legebakgrunn er fremdeles stor når det blir kontrollert for karakterer.

Dette er illustrert i figur 3 for kvinner med foreldre med gjennomsnittsinntekt. Vi ser at sannsynligheten for å studere medisin innen ett år etter avsluttet videregående skole er liten med gjennomsnittskarakteren 5. Hvorfor den er såpass lav på dette karakternivået, kan leses ut av analysen i tabell 2, der sannsynligheten for å begynne på medisin relativt raskt etter avsluttet videregående skole er vist. Dersom karakteren er 5,5, vil ca. 60 % av legebarna og 20 % av dem med annen bakgrunn begynne på medisin.

Diskusjon

To hovedkonklusjoner kan trekkes på grunnlag av de forutgående analysene. For det første at det i hele perioden er store omkostninger forbundet med å velge medisinstudiet, i form av poengsamling og/eller privatskole, selv om det har skjedd visse endringer i opptakssystemet. For det andre at de store sosiale forskjellene i rekrutteringen til medisin har vært stabile i de par siste tiårene. Endringene i opptakssystem har ikke påvirket den sosiale rekrutteringen til studiet.

Når barn av leger har spesielt høy sannsynlighet for å begynne på medisin, innebærer dette at de i større grad enn andre er villige til å ta i bruk kostnadskrevende strategier for å komme inn på studiet. Denne fortolkningen støttes også av det faktum at legebarn har svært mye høyere sannsynlighet for å begynne på medisin enn andre, gitt samme karakternivå.

Slike strategier vil for det første omfatte målrettet arbeid i videregående skole for å oppnå gode karakterer, i tillegg til bruk av privatskole og poengsamling gjennom å ta andre fag dersom disse strategiene

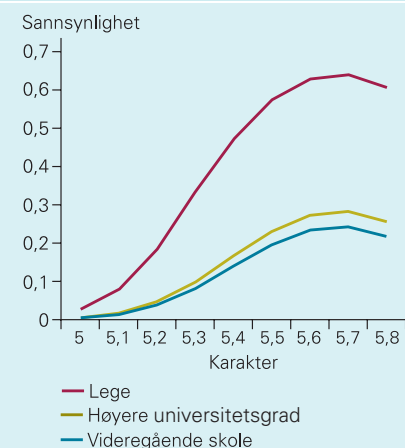
fremstår som formålstjenlige på det aktuelle tidspunkt. Privatskole og poengsamling er usikre strategier, som familier med mye økonomiske ressurser lettest kan bære kostnadene ved. Selv om foreldrene f.eks. betaler for ett års skolegang ved Bjørknes, noe som har vært en vanlig kanal inn til medisinstudiet, er man ikke dermed sikret å komme inn.

En alternativ forklaring kan være at barn av leger blir inspirert av sine foreldre og derfor utvikler en spesielt sterk interesse for medisin. I alle miljøer vil barn bli påvirket av sine foreldre og ha mest kunnskaper om foreldrenes yrke.

Det er en selvfølge at barn påvirkes av sine foreldre, men det er også rimelig å ta belønningsnivået i legeryrket i betraktning for å forklare at barn av leger svært ofte selv ønsker å bli lege. Et hovedperspektiv innenfor utdannings sosiologi er at valg av utdanning må ses i forhold til sosial posisjon (5). Når ungdom vurderer om de skal ta høyere utdanning, og eventuelt hvilket fag det skal være, tar de i betraktning hvilket sosialt nivå i samfunnet dette vil bringe dem opp på. Et viktig motiv for de fleste vil være å unngå sosial degradering. Gitt legeryrkets høye prestisje og høye inntektsnivå (6) kan valgmulighetene for barn av leger fremstå som små. Dersom de f.eks. velger å bli sykepleier eller lærer eller å studere samfunnsfag eller humanistiske fag ved universitetet, kan dette oppleves som sosial degradering. Det samme valget kan for personer fra arbeiderklassen innebære oppadstigende sosial mobilitet. Andre akademikerbarn vil ha et større spekter av valgmuligheter som ikke medfører sosial degradering.

Det kan understrekes at analysene som er presentert her, gjelder rekrutteringen til studiet i Norge, da begrensninger i data ikke gjør det mulig å gjøre tilsvarende analyser for utenlandsmedisinere. I de senere år har det vært en sterk økning i medisinerne fra utlandet. Dette gjelder både utenlandskfødte og norske studenter som har reist ut, beregningene som er gjort her avdekker

Figur 3



Sannsynlighet for å studere medisin innen ett år etter videregående, etter karakter og sosial bakgrunn

altså ikke andelen avgangselever som blir leger. Et interessant spørsmål er hva dette vil føre til, både for den sosiale rekrutteringen til legeryrket og for utviklingen av lønn og prestisje innenfor yrket.

Litteratur

1. Hansen MN. Utdanningspolitikk og ulikhet. Rekruttering til høyere utdanning 1985–1996. Tidsskrift for samfunnsforskning 1999; 40: 173–203.
2. Wiers-Jenssen J, Vaglum P, Ekeberg Ø. Repetisjon av privatisteksamener – veien til det medisinske studium. Omfang, finansiering og sosiale konsekvenser ved poengsamling til medisinstudiet i Norge. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 2659–62.
3. Knutsen LG. I de beste familier. En studie av rekrutteringen til jus- og medisinstudiet for fødselskullene 1960–71. Hovedoppgave i sosiologi. Oslo: Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, Universitetet i Oslo, 2001.
4. Hansen MN. Sosial status og ekteskap innenfor legestanden. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1881–4.
5. Boudon R. Education, opportunity and social inequality. New York: Wiley, 1974.
6. Mastekaasa A. Universitetsutdanning, karakterer og akademisk suksess. Tidsskrift for samfunnsforskning 2000; 41: 523–60.